

保险行政部门不再查处。用人单位申请补缴两年以外医疗保险费的,市社会保险机构不予受理。

(二) 补缴医疗保险的医疗费用处理

1、用人单位应当参加社会医疗保险而未参加的,其职工发生的医疗费用,由用人单位按照《深圳市社会医疗保险办法》规定的待遇标准支付。

2、用人单位参加社会医疗保险并补缴应当缴纳的社会医疗保险费、滞纳金后,参保人新发生的医疗费用由医疗保险基金按照《深圳市社会医疗保险办法》的规定支付。

七、违规处理

参保人有违反医疗保险规定的,将按以下处理:

1、暂停其社会保障卡记账功能3个月。

2、造成医疗保险基金损失的,暂停记账功能12个月。

3、参保人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会医疗保险待遇的,除暂停社会保障卡记账功能外,责令退回骗取的金额外,并处骗取金额五倍的罚款;涉嫌犯罪的,移送司法机关依法处理。

4、社会保障卡暂停记账期间,参保人发生的医疗费用符合医疗保险基金支付范围的,可申请报销,但医疗保险统筹基金支付的待遇减半支付。

5、违反医疗保险办法规定的不诚信行为纳入深圳市信用评价体系。



深圳市社会保险
基金管理局官方网站



深圳市社会保险基金
管理局官方微博(腾讯)



深圳市社会保险基金
管理局官方微博(新浪)



深圳市社会保险基金管理局
微信公众号

SI 网址:www.szsi.gov.cn 咨询电话:12333

基本医疗保险三档 (原农民工医疗保险) 参保人手册



深圳市社会保险基金管理局
二〇一六年

一、参保及缴费

基本医疗保险三档参保人医疗保险总缴费标准为市上年度在岗职工月平均工资的0.55% (0.05%为地方补充医疗保险缴费)，其中(用人单位缴交0.45%，个人缴交0.1%)，个人缴费部分由用人单位代扣代缴。

二、医疗保险待遇

(一) 普通门诊

1、参保人在本市选定社康中心发生的门诊医疗费用，属于基本医疗保险药品目录中甲类药品和乙类药品的，分别由社区门诊统筹基金按80%和60%的比例支付；属于基本医疗保险目录内单项诊疗项目或医用材料的，由社区门诊统筹基金支付90%，但最高支付金额不超过120元。

2、参保人因病情需要经结算医院同意转诊到其他医疗机构发生的门诊医疗费用，或因工外出、出差在非结算医院发生的急诊抢救门诊医疗费用，由社区门诊统筹基金按《深圳市社会医疗保险办法》规定应支付标准的90%报销；其他情形在非结算医院发生的门诊医疗费用社区门诊统筹基金不予报销。

3、参保人在定点医疗机构就医发生的门诊输血费，由基本医疗保险大病统筹基金支付70%。

4、社区门诊统筹基金支付超过1000元以上部分由参保人本人支付。

(二) 门诊大病待遇

1、门诊大病待遇范围：参保人属于以下情形，向市社会保险机构委托的市属三级医院和专科医院申请大病认定，经市社会保险机构核准后，凭大病诊断证明和大病门诊病历在定点医疗机构就医享受门诊大病待遇：

- (1) 慢性肾功能衰竭门诊透析；
- (2) 列入医疗保险支付范围的器官移植后

门诊用抗排斥药；

(3) 恶性肿瘤门诊化疗、介入治疗、放疗或核素治疗；

(4) 血友病专科门诊治疗；

(5) 再生障碍性贫血专科门诊治疗；

(6) 地中海贫血专科门诊治疗；

(7) 颅内良性肿瘤专科门诊治疗；

(8) 艾滋病及精神分裂症等7种疾病。

2、门诊大病待遇：

连续参保时间	医保统筹基金支付比例
12个月以下	支付比例为60%
12-35个月	支付比例为75%
36个月及以上	支付比例为90%

(三) 住院待遇

1、起付线

参保人住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，按照以下医院级别设定设立起付线：

医院类别	医院级别	起付线标准
市内医院	一级以下医院	100元
	二级医院	200元
	三级医院	300元
市外医疗机构	已按规定办理转诊或备案的	400元
	未按规定办理转诊或备案的	1000元
注：1、未超过起付线的医疗费用由参保人支付； 2、参保人转诊到不同医院住院治疗的，分别计算起付线。		

2、住院医疗费用基金支付比例

参保人按规定在市内一级医院、二级医院、三级医院、市外医院住院就医的基本医疗保险和地方补充医疗保险费超出起付线以上的部分，医疗保险统筹基金支付比例分别为85%、80%、75%、70%。

3、住院时使用特殊医用材料等。

参保人住院使用基本医疗保险诊疗项目范围内的特殊医用材料及单价在1000元以上的一次性医用材料、安装或置换人工器官,由基本医疗保险大病统筹基金按下列规定支付,但最高支付金额不超过市社会保险行政部门公布的普及型价格:

(1) 属于国产材料的,按实际价格的90%支付;

(2) 属于进口材料的,按实际价格的60%支付。

4、床位费。参保人住院床位费由基本医疗保险大病统筹基金按实际住院床位费支付,但最高支付金额为市价格管理部门确定的非营利性医疗机构普通病房B级房间三人房床位费政府指导价格的第一档。

三、年度最高支付限额与连续参保时间挂钩

连续参保时间	基本医保基金最高支付限额	地补基金最高支付限额
不满6个月	本市上年度在岗职工平均工资1倍	1万
6-11个月	本市上年度在岗职工平均工资2倍	5万
12-23个月	本市上年度在岗职工平均工资3倍	10万
24-35个月	本市上年度在岗职工平均工资4倍	15万
36-71个月	本市上年度在岗职工平均工资5倍	20万
72个月及以上	本市上年度在岗职工平均工资6倍	100万
超出上述限额以上的部分,由地方补充医疗保险基金支付50%。		

参保人在医疗保险年度内累计中断参保不超过3个月的,重新缴费后其中断前后的连续参保时间合并计算;超过3个月的,重新计算。医疗保险年度为当年7月1日至次年6月30日。

四、就医、转诊

(一) 选定就医的社康中心

1、参保人应选定本市一家社康中心作为就医的定点医疗机构。社康中心首次选定时由其用人单位选定;参保人可变更所选定的社康中心,自变更生效次月起在变更后的社康中心就医。

2、参保人门诊应在选定社康中心就医;经选定社康中心所属的结算医院同意,参保人可以在与选定社康中心同属于一家结算医院下设的其他定点社康中心门诊就医;住院在选定社康中心所属的结算医院就医。参保人门诊大病在市内定点医院就医。

3、参保人在定点医疗机构就医时应出示本人的社会保障卡,参保人就医时不按规定出示社会保障卡或不表明参保人身份,要求享受医疗保险待遇和服务的,定点医疗机构和市社会保险机构不予受理。

(二) 转诊

1、参保人经选定社康中心同意可以办理门诊转诊,经选定社康中心所属的结算医院同意可以办理逐级转诊或转诊到市内同级有专科特长的医疗机构。

2、参保人在本市市内定点医疗机构就医时,有下列情形之一的,可转往市外医疗机构就医,接受转诊的医疗机构应当是转出医疗机构同级或以上的当地医疗保险定点医疗机构:

(1) 所患病种属于市社会保险行政部门公布的转诊疾病种类;

(2) 经本市市属三级医院或市级专科医院检查会诊仍未能确诊的疑难病症;

(3) 属于本市市属三级医院或市级专科医院目前无设备或技术诊治的危重病人。

3、参保人转往市外医疗机构就诊的,按照以下程序办理:

(1) 填写市外转诊申请表;

(2) 收诊医院主诊医生或科主任出具意

见;

(3) 医院的医疗保险工作机构审核并加盖医院公章。

转出的定点医疗机构应同时将转诊信息报市社会保险机构备案。

参保人转往市外就诊后需要再转诊的,应当由就诊的市外医疗机构出具再转诊证明

4、转诊后医疗费用处理。

参保人转往本市定点的市外医疗机构就医的,可凭转诊申请表办理记账;转往市外其他医疗机构发生的医疗费用由其本人先行支付后,向市社会保险机构申请审核报销。

(三) 备案人员的就医及医疗费用处理

1、本市直通车企业参保人长期派驻在市外工作的,可在工作所在地选定三家当地医疗保险定点医疗机构作为其住院就医的医疗机构,并向市社会保险机构备案。

2、在备案定点医疗机构发生的住院医疗费用,由其本人先行支付后,向市社会保险机构申请审核报销。

3、办理了备案手续的参保人在备案的定点医疗机构就诊后需要转诊的,应当由该医疗机构出具转诊证明,发生的医疗费用向市社保机构申请审核报销。

(四) 申请报销时限

参保人先行支付医疗费用的,应在费用发生或出院之日起12个月内申请报销,逾期不予报销。

(五) 费用处理

1、参保人在选定社康中心及其属于一家结算医院下设的其他定点社康中心以外发生的门诊费用,除已办理转诊手续外,由参保人自行承担;

2、参保人办理了转诊或备案的,其在市外医疗机构住院发生的基本医疗费用和地方补充医

疗费用,经参保人申请,由市社会保险机构对实际发生的医疗费用进行审核,按不高于本市医疗收费标准予以报销;未按规定办理转诊、备案在结算医院以外的本市定点医疗机构、市外非本市定点医疗机构住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用,分别按支付标准的90%、70%支付;在非本市定点医疗机构门诊发生的医疗费用,医疗保险基金不予支付。

3、参保人未按本办法规定办理转诊手续到结算医院外的本市市内定点医疗机构发生的住院医疗费用,由医疗保险基金按本办法规定应支付标准的90%支付。

五、社会保障卡的使用与管理

(一) 有关社会保障卡遗失

参保人遗失社会保障卡的,应及时向市社会保险机构挂失;参保人申办新卡期间发生的医疗费用由其本人先行支付,在领取新卡后持新卡及病历等相关资料按相关规定申请报销、补记账。

(二) 社会保障卡使用异常的暂停记账

市社会保险机构发现社会保障卡使用异常的,为避免医疗保险基金和参保人遭受损失,可暂停该社会保障卡的记账功能,并通知参保人说明情况。社会保障卡暂停记账期间发生的医疗费用由参保人支付,经核查没有违规情形的,市社会保险机构应当恢复该社会保障卡记账功能并按规定报销暂停期间发生的医疗费用。

六、医疗保险补缴

(一) 用人单位未按《深圳市社会医疗保险办法》规定缴纳社会医疗保险费的,职工应当在知道或者应当知道之日起两年内向市社会保险机构投诉、举报。用人单位未按规定缴纳社会医疗保险费超过两年未被发现和投诉举报的,市社会